

Reviewed for compliance by:

Staff Signature

Date: _____

Exemption: Yes No
(see back)

Chinese

Certificate of
Immunization Status

Page 1 of 2

免疫接種證明書

根據華盛頓州州法（華盛頓州修正法典第 28A.210.160 條）之規定，所有學童均須向學校，學前班或其所在的托兒機構提交免疫接種證明書，供校方或有關機構存檔備案。

兒童姓氏	名字	中間名	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期
家長 / 監護人姓名		日間電話		

免疫接種	疫苗種類	劑量	接種日期		
			月	日	年
HEP B 乙肝 (乙肝病毒) 乙型肝炎		1			
		2			
		3			
		4			
DTaP/DTP/ DT 白喉、 破傷風、 百日咳		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
Td/Tdap		1			
		2			
		3			
HIB B 型嗜血桿菌 感染症		1			
		2			
		3			
		4			
Polio 小兒麻痺症 OPV (口服) IPV (注射)		1			
		2			
		3			
		4			
		5			

免疫接種	疫苗種類	劑量	接種日期		
			月	日	年
MMR 麻疹 (風疹)、 腮腺炎和 風疹	MMR	1			
	MMR	2			
	MMR				
	麻疹				
VARICELLA 水痘 (水痘)	腮腺炎				
	風疹				
	疫苗	1			
	2				
其他疫苗	患病	是			否
	患病時的 大致日期或年齡				

本人特此證明，我所提供的資訊正確無誤且可核實。

X

家長或監護人簽名

日期

免疫法規豁免聲明

注意：

您的孩子可出於醫療、個人或宗教原因而被豁免（免除）接受對這一疾病的免疫注射。然而，在可以透過疫苗接種而預防的某一疾病流行期間，您的孩子若未接受對這一疾病的免疫注射，那麼在此疾病流行期結束之前，您的孩子不得到學校、學前班或托兒所上課。

出於醫療原因之豁免

本人特此證明，此表格中列名的兒童出於醫療原因而被豁免接種以下疫苗：

疫苗

直至

日期

請鍵入或工整填寫持照醫療保健服務提供者之姓名（MD, DO, ND, PA, ARNP）

持照醫療保健服務提供者之簽名

日期

出於個人原因之豁免

出於宗教原因之豁免

我不同意免疫接種。本人明白，在疾病流行期間將不允許我的孩子到校上課。

我不想讓我的孩子接種以下疫苗：

疫苗

家長或監護人簽名

日期

免疫力證明書

本人特此證明，此表格中列名的兒童對以下疾病有免疫力並可出具化驗證明：麻疹 / 腮腺炎 / 風疹 / 水痘（請圈選）。
請隨附滴定測試單。

請鍵入或工整填寫持照醫療保健服務提供者之姓名（MD, DO, ND, PA, ARNP）

持照醫療保健服務提供者之簽名或印鑑

日期

如欲瞭解更多資訊：

<http://www.cdc.gov/nip/recs/child-schedule.htm#Printable>

<http://www.doh.wa.gov/cfh/Immunize/schools.htm>